

Année 1898

THÈSE

N^o 193

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 17 février 1898, à une heure

PAR

Jules SCHACHMANN

Né à Ploesti (Roumanie), le 28 Avril 1872

Ancien externe des hôpitaux

(Médaille de bronze de l'Assistance publique)

LE THROMBUS DU VAGIN

chez les Femmes enceintes

Président : M. PAUL BERGER.

Juges : MM. { HUTINEL.
MAYGRIER.
HALLOPEAU.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les différentes parties de l'enseignement médical

PARIS

LIBRAIRIE PAUL DELMAR

29 — Rue des Boulangers — 29

1898

Année 1898

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 17 février 1898, à une heure

PAR

Jules SCHACHMANN

Né à Ploesti (Roumanie), le 28 Avril 1872

Ancien externe des hôpitaux

(Médaille de bronze de l'Assistance publique)

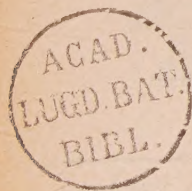
LE THROMBUS DU VAGIN

chez les Femmes enceintes

Président : M. PAUL BERGER.

Juges : MM. { HUTINEL.
MAYGRIER.
HALLOPEAU.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les différentes parties de l'enseignement médical



PARIS

LIBRAIRIE PAUL DELMAR

29 — Rue des Boulangers — 29

1898

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen. M. BROUARDEL.

Professeurs :

	MM.
Anatomie	FARABEUF.
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Histoire naturelle	BLANCHARD.
Chimie médicale	GAUTIER.
Pathologie et thérapeutiques générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	HUTINEL.
	DEBOVE.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils	TERRIER.
Pharmacologie	POUCHET.
Thérapeutique et matière médicale	LANDOUZY.
Hygiène	PROUST.
Médecine légale	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LABOULBENE.
Pathologie expérimentale et comparée	CHANTEMESSE.
	DIEULAFOY.
Clinique médicale	POTAIN.
	JACCOUD.
	HAYEM.
	GRANCHER.
Maladie des enfants	JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	RAYMOND.
Clinique des maladies du système nerveux	DUPLAY.
	LE DENTU.
Clinique chirurgicale	TILLAX.
	BERGER.
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique ophthalmologique	PANAS.
Clinique d'accouchement	N.
	PINARD.

Professeurs honoraires

M. N...

Agrégés en exercice

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD.	GAUCHER.	MARIE.	SEBILEAU
ALBARRAN.	GILBERT.	MENETRIER.	THIERY.
ANDRE.	GILLES DE LA	NELATON.	THOINOT.
BAR.	TOURETTE.	NETTER.	TUFFIER.
BONNAIRE.	GLEY.	POINIER, chef des tra-	VARNIER.
BROCA.	HARTMANN.	vaux anatomiques,	WALTHER.
CHARRIN.	HEIM.	RETTERRER.	WEISS.
CHASSEVANT.	LEJARS.	REMY.	WIDAL.
DELBET.	LETULLE.	RICARD.	WURTZ.
	MARFAN.	ROGER.	

Secrétaire de la Faculté : M. Ch. PUPIN

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur, et qu'elle n'entend donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

Témoignage de piété filiale.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR PAUL BERGER

Professeur de clinique chirurgicale à la Faculté

Chirurgien de l'hôpital de la Pitié

Membre de l'Académie de Médecine

Chevalier de la Légion d'honneur

INTRODUCTION

Au cours de notre externat, dans le service de M. le professeur agrégé Maygrier, nous avons dû à un heureux hasard d'observer un cas d'une affection rare, si rare qu'une pratique même prolongée des accouchements ne fournit pas toujours l'occasion d'en voir un exemple.

Il s'agissait d'un thrombus du vagin. Cet accident si peu fréquent déjà chez les femmes en couches, est encore bien plus rare pendant le cours de la grossesse. Ceci nous a donné l'idée d'en faire le sujet de notre thèse inaugurale.

Nous nous proposons de rappeler d'abord, l'anatomie et l'embryologie de l'organe qui seront d'une certaine utilité dans l'étude que nous abordons. Ensuite, après quelques mots d'historique, nous passerons en revue les différents côtés de la question.

Avant d'entrer à fond dans notre étude, nous tenons à cœur de remercier notre cher maître, M. Maygrier, qui nous a si obligeamment prêté

l'observation, et qui nous a guidé de ses conseils éclairés, tant pendant notre séjour dans son service, que pendant et pour l'élaboration de ce travail.

Nous remercions aussi M. le professeur agrégé Budin, pour la bonté avec laquelle il nous a accueillis, et les éclaircissements qu'il nous a donnés.

Nous n'oublierons pas non plus d'apporter l'hommage de notre gratitude à nos professeurs et maîtres dans les hôpitaux de Bucharest et de Paris, MM. les professeurs Kalindero, Babès, Severeano, Stoicesco, Petrini-Galatz, Paul Petrini, Assaky, Demosthene, Maldaresco, les docteurs Leonte et Schachmann, de Bucharest; MM. les professeurs agrégés Périer, Hallopeau, MM. Bourneville, Hirtz, Comby, Picqué, Rochard, Queyrat, Jeanselme, Florand, des hôpitaux de Paris.

Nous adressons un souvenir ému et reconnaissant à notre tant vénéré et regretté maître Hanot.

Nous ne pouvons terminer sans remercier M. le docteur Schwab, pour la bienveillance qu'il nous a toujours montrée et pour les conseils qu'il nous a donnés.

LE THROMBUS DU VAGIN

chez les Femmes enceintes

ANATOMIE DU VAGIN

Le vagin est le canal qui relie la vulve à l'utérus.

Il s'attache en haut à l'utérus, avec lequel il se continue ; en bas, au périnée ; sur les côtés, il est maintenu par la gaine vasculaire.

Direction. — L'axe du vagin est faiblement arqué, pour s'adapter par sa concavité postérieure à la convexité de l'ampoule rectale.

Relativement à l'axe du corps, le vagin est incliné en arrière et en haut de 15° environ ; de plus, le vagin est coudé sur l'utérus en avant ; l'angle est encore de 15° en moyenne.

Longueur. — La longueur moyenne vraie du vagin, de son orifice extérieur jusqu'à l'orifice du col, n'est que de 6 à 7 centimètres.

Les chiffres de 10 à 12, donnés par la plupart des auteurs, ne se rapportent qu'au vagin allongé par le doigt.

Largeur. — La cavité n'est que virtuelle. Les deux parois sont au contact et les plis s'engrènent régulièrement.

Dans cet état, à la coupe on voit une fente transversale ordinairement concave en avant. Aux extrémités latérales de cette fente, le plus souvent il y a des petites branches qui lui donnent la forme d'un H. Cette fente mesure 25 millimètres.

Le calibre va en augmentant depuis l'orifice externe, partie la plus rétrécie, jusqu'à l'extrémité supérieure, partie la plus large et la plus extensible.

Le vagin est très élastique et se laisse distendre facilement, soit par la tête fœtale, soit par un tamponnement, soit par une tumeur développée dans sa cavité.

Rapports. — La face antérieure est en rapport, en haut avec la vessie, en bas avec l'urètre. La moitié vésicale de la paroi antérieure est séparée de cet organe par un tissu cellulaire lâche, permettant le glissement des deux organes l'un sur l'autre. La moitié inférieure correspond à l'urètre et au col vésical; l'urètre n'est uni au vagin que par un tissu cellulaire assez dense, mais dans ses trois quarts inférieurs le canal de l'urètre se confond avec la paroi vaginale antérieure et fait corps avec elle.

Cette relation si étroite du vagin avec l'urètre explique la rétention d'urine quand le vagin est distendu par un tamponnement, ou bien, comme nous allons le voir, par une tumeur.

Ce rapport si intime donne aussi la raison de la difficulté qu'on éprouve quelquefois dans le cathétérisme quand la paroi vaginale elle-même est déviée.

La face postérieure est en rapport uniquement avec le rectum. Les deux parois, en s'adossant à la partie inférieure, forment la cloison recto vaginale. En haut, elles sont séparées par le cul-de-sac de Douglas.

Entre celui-ci et les téguments du périnée, il existe entre les deux organes un tissu conjonctif lâche, le triangle recto-vaginal de Richet, dans lequel le sang peut s'infiltrer facilement.

Les bords sont occupés par de vastes plexus veineux, dont l'importance augmente encore considérablement pendant la grossesse.

Ces bords sont en rapport avec la base des ligaments larges, le tissu conjonctif sous-péritonéal et l'urètre. puis avec l'aponévrose périnéale supérieure, le releveur de l'anus et la bulbe du vagin.

Les connexions du vagin avec le tissu sous-péritonéal expliquent comment un épanchement sanguin périvaginal peut remonter sous le rein comme dans un cas que nous allons mentionner plus loin.

Conformation intérieure. — Toute la surface interne du vagin est recouverte par des plis qui sont : longitudinaux et transversaux. Les plis longitudinaux sont deux crêtes médianes appelées colonnes du vagin, verruqueuses, inégales, coupées par des sillons transversaux.

La colonne postérieure est généralement moins développée, quelquefois à peine reconnaissable. La colonne antérieure occupe seulement les deux tiers inférieurs ; elle a une épaisseur de 7 à 15 millimètres, et la partie inférieure.

elle, se termine par un renflement rugueux qui fait saillie à l'orifice externe du vagin. C'est le tubercule vaginal ; le méat urinaire se trouve en avant et au dessus de lui. Les deux colonnes sont généralement assymétriques et se juxtaposent au lieu de se superposer.

Les plis transversaux sont des crêtes qui partent de chaque côté des colonnes comme les barbes d'une plume. Ils sont aussi plus apparents sur la paroi antérieure. Les plis transversaux ne sont constitués que par la muqueuse, qui se double elle-même, tandis que les colonnes sont formées de tissu caverneux à larges mailles, entouré par les faisceaux plexiformes de la couche musculieuse.

L'extrémité supérieure du vagin ne présentant pas d'intérêt au point de vue de ce travail, nous ne nous en occupons pas.

L'extrémité inférieure est un anneau étroit, peu extensible, qui s'ouvre dans la vulve. Elle regarde en bas et un peu en avant. En avant et à la partie médiane, se trouve le tubercule du vagin ; tout autour de cet orifice s'insère la membrane hyménéale. Le peu d'extensibilité de l'orifice vaginal tient à l'aponévrose moyenne du périné qui l'entoure et aux muscles constricteurs qui le flanquent latéralement.

Structure. — La paroi vaginale, épaisse de 3 à 4 millimètres, est composée de trois tuniques :

1. *Tunique fibreuse*, dérivant de la gaine vasculaire, qui se trouve sur les côtés du vagin.

2. *Tunique musculieuse*, formée de deux plans de fibres

lisses : un plan externe longitudinal, un plan interne circulaire.

Le plan longitudinal se continue en haut avec le plan superficiel du muscle utérin et avec les ligaments utéro-sacrés ; en bas, il se fixe aux branches ischio-pubiennes et à l'aponévrose périnéale moyenne. La couche circulaire, peu développée en haut, s'épaissit pour former le sphincter lisse du vagin.

3. *Tunique muqueuse*, épaisse d'un millimètre, de coloration à peine rosée à l'état ordinaire, rouge vif pendant la menstruation, est d'un rouge violacé pendant la grossesse. Elle adhère intimement à la musculieuse par un plan de fibres élastiques et conjonctives. Elle est très extensible, et, dans cette extension les plis s'effacent.

L'épithélium est pavimenteux, stratifié. Le derme, épais, est riche en fibres élastiques. Il n'y a pas de glandes, à proprement parler, excepté à l'extrémité inférieure, mais seulement des invaginations épithéliales formant des bourgeons pleins.

Vaisseaux. — Le vagin reçoit ses vaisseaux sanguins de l'artère vaginale, branche de l'hypogastrique. Elle longe le bord du vagin et fournit des branches transversales pour les deux faces. Ces branches s'anastomosent avec celles venant du côté opposé sur la ligne médiane.

Le lacis veineux est très important. Il forme deux réseaux dans la muqueuse et un autre dans la musculieuse ; ces réseaux se réunissant forment les plexus vaginaux, reliés en haut aux plexus utérins, en bas aux veines des corps érec-

tiles, en avant aux plexus vésicaux, en arrière aux plexus hémorrhoidaires.

Comme l'on peut voir, le système veineux du vagin est très riche et très anastomosé. Son importance augmente encore de beaucoup pendant la grossesse, et on saisit facilement l'abondance que peut acquérir une hémorragie vaginale pendant la grossesse ou l'accouchement.

Les lymphatiques forment un réseau muqueux et un réseau musculaire. Les troncs qui en naissent aux deux extrémités de l'organe se rendent aux ganglions latéro-pelviens, excepté quelques-uns qui naissent sur les limites de la vulve et qui se rendent aux ganglions inguinaux.

EMBRYOLOGIE

Le vagin se développe par la soudure de la partie inférieure des deux canaux de Muller. Ces canaux, formés dans leur partie inférieure par la division du corps de Wolff, sont primitivement logés dans les replis péritonéaux, qui, plus tard, deviendront les ligaments larges. A l'entrée du bassin, les deux canaux se rapprochent l'un de l'autre, s'accolent sur la ligne médiane et s'unissent dans le cordon génital.

Primitivement donc, les canaux de Muller présentent deux parties : l'une située dans le bord libre du ligament large, qui donnera naissance à la trompe de Fallope, l'autre située dans le cordon génital, à côté et parallèlement à sa congénère du côté opposé, qui donnera l'utérus et le vagin. Kolliker et Thiersch l'ont démontré pour la plupart des mammifères, Tourneux et Legay pour l'homme.

Chez l'embryon humain, ce processus commence pendant le deuxième mois. Lorsque les deux canaux de Muller se sont intimement unis, la cloison qui les sépare s'amincit peu à peu, puis se perfore en commençant par le milieu de

sa longueur (Hertwig). Le processus se continuant, il en résulte un simple tube, le sinus génital dont un rudiment est représenté chez l'homme par l'utricule prostatique.

Dans le courant du sixième mois, ce sinus commence à se différencier de façon à donner naissance à l'utérus et au vagin. La partie supérieure du sinus en continuité avec la trompe utérine, acquiert des parois très épaisses et très musculueuses; sa cavité reste très étroite; c'est l'utérus. La partie inférieure du sinus, limitée en haut par un bourrelet charnu qui deviendra le museau de tanche, s'élargit beaucoup et garde des parois relativement minces. C'est le vagin qui se termine en bas primitivement dans le cloaque. Celui-ci est un organe constant chez les vertébrés inférieurs : reptiles, oiseaux, mammifères inférieurs.

Chez les mammifères supérieurs et chez l'homme, c'est uniquement un organe de transition pendant la vie intra-utérine. Il est formé par l'extrémité inférieure de l'allantoïde qui s'abouche ou plutôt provient d'une évagination de l'intestin terminal. Dans cette extrémité inférieure de l'allantoïde s'ouvrent les canaux de Wolff et de Muller, formant le *sinus uro-génital*.

Pendant la sixième semaine, le cloaque éprouve chez l'homme les premières modifications, qui consistent en l'apparition à ses côtés, droit et gauche, d'une saillie, le *bourrelet génital*, et à sa partie antérieure d'une autre saillie, le *tubercule génital* qui, à sa face inférieure, est creusé en gouttière, le *sillon génital* se prolongeant jusqu'au cloaque.

Le tubercule génital continue pour les deux sexes à devenir de plus en plus saillant ; en même temps le sillon génital s'approfondit de plus en plus et se trouve délimité sur les côtés par un pli cutané, *le repli génital*. Alors commence la subdivision du cloaque en deux orifices : l'anوس et l'entrée du sinus uro-génital. La cloison qui profondément sépare le rectum du sinus uro génital, prolifère vers la superficie et en même temps elle s'unit avec deux replis formés par les deux parois latérales du cloaque. Ainsi se trouve constituée une membrane qui plus tard sera le périnée.

Finalement l'orifice postérieur, l'anوس, ne fait plus partie de la région délimitée par les bourrelets génitaux.

A partir du quatrième mois, le tubercule génital ne se développe plus beaucoup, il devient *le clitoris*. Les deux replis génitaux qui délimitaient le sillon génital, deviennent les petites lèvres ; l'espace qu'elles limitent, c'est-à-dire le sinus uro-génital, devient le *vestibule du vagin*.

Enfin les bourrelets génitaux, qui s'épaississent beaucoup, deviennent les grandes lèvres.

L'orifice des deux canaux de Muller réunis, l'orifice vaginal, s'ouvre dans le vestibule au-dessous de l'urètre.

DÉFINITION

On désigne en général sous le nom de *thrombus*, une tumeur constituée par un épanchement de sang dans le tissu conjonctif, à la suite de l'ouverture d'un ou de plusieurs vaisseaux sanguins, avec ou sans plaie tégumentaire. Le défaut de parallélisme entre l'ouverture du vaisseau et la section cutanée, quand celle-ci existe, explique cette infiltration.

Partant de cette définition, on a donné le nom de *thrombus du vagin* au résultat de l'épanchement, soit collecté en foyer, soit infiltré entre les parties constituantes de cet organe.

Cette affection, d'origine presque toujours traumatique, quoique la cause efficiente ne soit pas évidente dans tous les cas, peut s'observer en dehors de la gestation, ou bien pendant celle-ci et pendant ou après l'accouchement.

Nous nous proposons d'étudier, dans ce travail, le thrombus du sang chez la femme enceinte, avant le travail.

HISTORIQUE

Le thrombus du vagin et de la vulve paraissent avoir été connus par Hippocrate comme en fait foi les passages suivants :

Dans un chapitre intitulé : *Des tumeurs qui surviennent dans les parties naturelles de la femme, dans les couches ou à la suite des couches, et de la manière de les traiter.*

« Quand il vient des tumeurs dans les couches ou à la suite des couches, il n'y faut point employer les astringents, comme font quelques médecins ; le mieux est de les traiter par des remèdes intérieurs. » (Traduction du texte grec par Gardeil, tome IV, livre I, p. 116).

On trouve aussi dans la traduction de Littré (Tome VI, p. 126) : « Le vinaigre pour la peau et les articulations a des effets voisins de ceux de l'eau de mer, et il est plus efficace en affusions et en vapeur ; il convient aux plaies récentes, aux thrombus, aux cas où il y a noirceur des parties génitales, etc.

Aucune autre mention n'est faite de l'affection qui nous occupe jusqu'en 1554, quand parut l'ouvrage intitulé : *De gestatione et conceptu hominis*, par J. Rueff, chirurgien de Zurich. On y trouve au livre VI, p. 31, un passage qui prouve que l'auteur avait observé un certain nombre de tumeurs sanguines, car il indique les différents sièges qu'elles peuvent occuper et le traitement qui leur doit être appliqué. Voici la traduction de ce passage :

..... « Parce que même s'il se formait une inflammation quelconque, soit que l'on voie dans le col de l'utérus du sang coagulé sous la muqueuse, produit par le travail et la difficulté de l'accouchement, des petites veines et des fibres ayant été déchirées, comme il arrive souvent par suite d'une trop grande dilatation; soit que quelque tumeur sanguine s'était formée à l'intérieur, la sortie du fœtus et du délivre est habituellement entravée par ces obstacles, s'ils se produisent avant l'accouchement; cette tumeur s'étant produite avant ou après l'accouchement, l'accoucheuse, après avoir constaté l'endroit où la tumeur est plus épaisse et plus mûre, fera une petite incision avec le bistouri, exprimera le sang coagulé, comprimera l'inflammation, essuiera la plaie et fera sortir le fœtus comme elle pourra, s'il n'est pas encore sorti. Elle appliquera ensuite un pessaire induit d'huile de rose et le laissera à demeure jusqu'à guérison complète, car c'est de cette façon que plus d'une fois j'ai procédé moi-même en pareil cas.

« *Quod si contigerit etiam inflammationem aliquam, vel concretum in præputiis matricis sub cute apparere sangui-*

nem, et partus laboribus et difficultate abortum, venulis aut fibris ruptis propter dilatationem, ut fit, nimiam : vel interim tumor aliquis sanguineus enatus fuerit, quibus et infans et secundæ ante partum nullum impediri solent : eam tumorem sive ante sive post partum apparuerit, obstetrix, ubi materia tenuior et maturior visa fuerit, puro cultello incidat, concretum sanguinem exprimat, et inflammationem deprimat, quæ commaculata sunt abstergat, infantemque si nondum natus fuerit ut poterit producat. Pessarium deinde saepe inserat, oleo rosarum deungat et quotidie donec sanata fuerit, obliget. Eo enim modo et nos non semel in hac casibus progressi sumus. »

En 1734, J.-H. Kronauer, soutient à Bâle une dissertation, intitulée : *De tumore genitalium post partum sanguineus*.

Les travaux cités jusqu'ici, avaient en vue seulement le thrombus du vagin, pendant ou après l'accouchement ; ce n'est qu'en 1794 que paraît la première mention d'un thrombus survenu pendant la grossesse. Causabon est l'auteur de ce mémoire qu'il publie dans le *Journal général de médecine*, tome I, p. 456.

En 1812. Boër (de Vienne), publie dans ses *Naturalis medicinæ obstetricæ libri septem* un chapitre : *De fluxu quondam sanguinis in puerperis ante incognito*. La même année Audibert soutient à la Faculté de médecine de Paris, une thèse dont le titre est :

Dissertation sur l'épanchement sanguin qui survient aux grandes lèvres ou à l'intérieur du vagin pendant le travail ou à la suite de l'accouchement.

Dans ce travail, il y a huit observations dont une propre à l'auteur.

F.-J. Siebenhaar présente en 1824 à l'université de Leipzig, une dissertation : *Observationes de tumore vaginae sanguineo ex partu abortu.*

Chaussier publie la même année dans ses *Mémoires et consultations de médecine légale*, un second cas de thrombus pendant la grossesse.

Le *Dictionnaire des sciences médicales* contient un mémoire sur le thrombus, par Legouais. Deneux publia en 1830, un mémoire contenant une soixantaine d'observations : *Mémoire sur les tumeurs sanguines de la vulve et du vagin.*

Dans le *Dictionnaire en 30 volumes*, Velpeau traite le thrombus, mais envisagé surtout son origine non puerpérale.

Hervez de Chégoin publie un mémoire assez étendu dans le *Journal universel et hebdomadaire de médecine* de 1832.

Blot, en 1853, soutient sa thèse d'agrégation : *Des thrombus de la vulve et du vagin pendant la grossesse et l'accouchement.*

En 1857, Populus soutient sa thèse de doctorat à Paris : *Du thrombus de la vulve et du vagin pendant la grossesse et l'accouchement.*

En 1858, il y a la thèse de Vauclin : *Tumeurs sanguines de la vulve et du vagin pendant la grossesse et l'accouchement.*

Laborie présenta à l'Académie de Médecine en 1860 un mémoire intitulé : *Histoire des thrombus de la vulve et du*

vagin, spécialement après l'accouchement; considérations anatomiques sur le siège des thrombus et leur traitement. Selon le siège de l'épanchement entre les différentes aponévroses de la région, il admet huit variétés et conseille un traitement spécial pour chacune de ces variétés.

Perret, dans sa thèse de 1864, rapporte et analyse 43 observations; mais pour le thrombus pendant la grossesse, il ne trouve que les deux observations déjà citées de Causabon et de Chaussier.

En 1877, Johannovsky publie dans les *Archives für Gynaekologie* un cas de thrombus chez une femme enceinte.

En 1887, dans le *Progrès Médical*, M. Budin relate un cas semblable au précédent et dans une leçon clinique reproduite dans son livre: *Femmes en couches et nouveaux-nés*, il l'analyse ainsi que le cas de Johannovsky.

En 1886, Fleischmann publie un cas de thrombus du vagin chez une femme enceinte, dont il a recueilli l'observation dans le service de Breisky (Prague).

Fehling 1876. Reich 1881. Anderson 1884. Bastaky 1887 ont chacun un cas.

Grosser, en 1892, soutient sa thèse inaugurale devant la faculté de Halle, sur les thrombus du vagin pendant la grossesse. Il présente aussi un cas personnel.

Après cette époque, il y a encore des observations de : Auvard et Couder, Loviot, Queirel.

ETIOLOGIE

Causes prédisposantes. — Celle qui entre le plus en ligne de compte, c'est la grossesse et l'accouchement. Car quoi-qu'en dise Velpeau, qui, dans son article du Dictionnaire en trente volumes, prétend que les thrombus sont rares dans l'état puerpéral, ils sont encore bien plus rares chez les femmes à l'utérus vide et alors ils sont toujours dûs à un traumatisme extérieur, tandis que la grossesse porte en elle-même les éléments nécessaires à la production de l'épanchement.

On a beaucoup discuté sur la plus grande fréquence qui pour les uns comme Braun, Hervieux, Spiegelberg, Perret existait chez les primipares, pour d'autres, tels que Jacquemier, Winckel, Sassanova chez les multipares.

Hervieux donnait comme cause à cette plus grande fréquence chez les primipares, l'étroitesse plus prononcée des voies génitales.

Spiegelberg, la tonicité des tissus et la plus grande adhérence des vaisseaux aux tissus environnants. L'argument de

la théorie contraire est la statistique de Sassanova qui, pour 23 primipares, donne 41 multipares ce qui revient environ à la proportion normale.

La grossesse gémellaire ne paraît pas être sans influence sur la production des thrombus. Sur nos quinze observations, il y a deux cas avec grossesse gémellaire (Reich, Loviot). Il est très possible que la circulation qui est déjà gênée par une grossesse simple, le soit encore plus par un utérus qui contient deux fœtus. Le fait est du reste prouvé par l'œdème sous-pubien, par les varices plus abondantes qui existent en pareil cas.

Cette gêne circulatoire peut ici comme dans d'autres circonstances constituer une prédisposition au thrombus.

Les varices vulvaires et vaginales devaient forcément attirer l'attention des observateurs et fournir un élément étiologique. Aussi, depuis longtemps, elles étaient considérées comme une des causes prédisposantes les plus notables.

Mais Winckel, dans 50 cas collectionnés par lui, n'a trouvé que six fois des varices abondantes; Braun et Hugenberger sur onze cas, chacun n'en ont pas trouvé du tout. Perret se range au même avis. M. Budin, dans sa thèse d'agrégation sur 61 cas de thrombus, ne trouve que 8 femmes atteintes de varices considérables. D'un autre côté, il est incontestable que la grossesse fait subir aux vaisseaux pelviens des changements à tous les points de vue, qui pourraient ne pas être sans influence sur le développement d'un thrombus.

Pour Jacquemier, Girard, Charpentier, l'augmentation

considérable de l'utérus produit une gêne notable dans la circulation des membres inférieurs et des organes pelviens, ce qui produit des stases veineuses, des varices.

Spiegelberg fait intervenir l'augmentation de la pression intra-abdominale, ce qui peut, pendant un effort, faire éclater un vaisseau même non ectasié, surtout étant données les altérations histologiques des parois vasculaires, qui, pendant la grossesse deviennent moins résistants, moins élastiques (Georgü).

A ceci Sassanowa ajoute l'abondance des réseaux vasculaires néoformés, très friables.

L'étroitesse du bassin a été invoquée par Blot. L'utérus même normalement développé chez une femme enceinte gênera d'autant plus, dit-il, la circulation en retour, qu'il sera placé dans un bassin plus étroit.

Il fait aussi faire entrer en ligne de compte la laxité du tissu cellulaire.

Les maladies organiques du cœur et du poumon pouvant mettre un obstacle à la circulation en retour, peuvent également prédisposer d'après Blot au thrombus génital. A ce propos il rapporte une observation d'une cardiaque, qui, au début du travail fait un thrombus vulvo-vaginal; l'observation n'est pas bien claire, car elle ne précise pas de quelle cardiopathie était atteinte sa malade, et du reste la relation de cause à effet n'est pas nettement établie.

Il faut aussi faire une part aux altérations du sang dans la grossesse. Les hématies et les sels du sérum diminuent; les leucocytes deviennent plus nombreux. La masse san-

guine augmente, il y a hydrémie, pléthore aqueuse (Coulhon); surabondance des liquides. La tension vasculaire plus forte pendant la grossesse doit aussi entrer en ligne de compte.

Enfin, il y a la prédisposition individuelle ou héréditaire aux hémorragies qui n'est pas une quantité négligeable.

A ce point de vue, un cas de la statistique de Sassanowa est très concluant : épistaxis pendant la grossesse ; à son commencement métrorrhagie, thrombus pendant le travail, épistaxis persistant pendant longtemps après l'accouchement.

Lwoff cite un cas très probant pour la prédisposition créée par l'hémophilie familiale :

Hémorragies nasales pendant l'enfance. Réglée toutes les trois semaines pendant sept jours abondamment. Plusieurs hémorragies pendant une première grossesse. Pendant l'accouchement hémorragie abondante.

Seconde grossesse avec hémorragie pendant et après l'accouchement. A la troisième grossesse hémorragies abondantes ; à l'accouchement, thrombus de la grande lèvre droite.

Notre observation prise dans le service de M. le Dr Maygrier plaide aussi en faveur de la prédisposition héréditaire.

En effet, nous voyons une femme dont la mère est morte de variole hémorragique. Les deux sœurs de la malade, l'une variqueuse, l'autre hémorrhoïdaire. Elle-même a été réglée de bonne heure, abondamment ; elle a des hémorrhoïdes depuis deux ans.

Enfin il ne faut pas passer sous silence l'observation de Warszawski. Il s'agit d'un thrombus de la vulve développé pendant l'accouchement chez une femme qui pendant ses suites de couches a été atteinte de la maladie de Werlhof.

On peut conclure de cette observation que non seulement les prédispositions hémophiliques congénitales peuvent être invoquées comme causes de la production d'un thrombus, mais même les maladies hémorragiques.

Causes déterminantes. — L'épanchement sanguin dans la paroi vaginale ou vulvaire peut être produit par n'importe quel traumatisme.

On est allé même jusqu'à incriminer le toucher fait inhabilement ou trop fréquemment répété. Un ébranlement, soit local, tel qu'un coup de poing porté sur le ventre, une chute sur les fesses comme dans l'observation de Bastaky et de Causabon; soit général, comme celui produit par les cahots d'une voiture. (Observation de Chaussier), un voyage en chemin de fer (observation personnelle) peuvent provoquer le thrombus.

Une simple fatigue est invoquée dans les cas d'Anderson. une frayeur dans l'observation de Grosser.

Le coït brutal est cité dans plusieurs cas, notamment dans ceux relatés par Ehrendorfer et par Queirel.

Boyer dans son « Traité des maladies chirurgicales » relate l'observation suivante :

« J'ai observé une jeune femme enceinte, atteinte d'épilepsie. Il se forma subitement dans la grande lèvre gauche, à la suite d'une attaque d'épilepsie, une tumeur sanguine

sans que la malade ait éprouvé des contusions. On prit d'abord cette tumeur pour une hernie, mais on reconnut bientôt que ce n'était qu'un épanchement de sang, et j'en fis l'ouverture. Enfin un effort violent de toux, de vomissement, de défécation peuvent occasionner l'épanchement. Dans quelques cas, les tumeurs sanguines ont paru se développer spontanément. Il est probable que même dans ce cas, il y a eu un léger effort ou une contusion de peu d'importance qui ont passé inaperçus.

Blot invoque pour la production de ces hématomes spontanés après l'accouchement la brusque décompression des organes et vaisseaux du bassin, décompression faisant un appel de sang, qui, s'il est trop considérable, peut provoquer la rupture des vaisseaux.

La plupart des causes invoquées ont été observées seulement pour les thrombus de la période puerpérale; mais nous les avons citées quand même, étant donné que le nombre restreint des observations de thrombus pendant la grossesse ne permet pas d'établir tous les éléments étiologiques de cette affection, et nous croyons que le nombre des cas se multipliant, on trouvera tous ces facteurs qui, exceptés quelques-uns, ne paraissent pas devoir être réservés uniquement aux épanchements de sang pendant le travail ou après l'accouchement.

Fréquence. — Les thrombus du vagin et de la vulve sont extrêmement rares.

Ils n'ont été observés pendant et après l'accouchement que ;

Wickel	1	cas	pour	1600	accouchements
Charpentier	3	—	1800	—	
Hecker	2	—	1720	—	
Dubois	3	—	1409	—	

Deneux n'a vu que trois cas dans une pratique de 40 ans; Hervez de Chégoïn n'a vu qu'un seul cas en 20 ans.

Relativement au siège de l'affection, on peut affirmer que les épanchements du vagin sont moins fréquents que ceux de la vulve.

Dans le vagin, ils se rencontrent pour Blot plus fréquemment sur les parois latérales, quelquefois sur la paroi postérieure, très rarement sur la paroi antérieure.

Les observations que nous avons recueillies et spécialement celles qui concernent les cas en dehors de la période de l'accouchement, nous donnent une localisation toute inverse.

La tumeur sanguine est très rarement située sur la paroi antérieure ou latérale; presque jamais si la tumeur est purement vaginale sans empiéter sur la vulve; le plus souvent elle se trouve sur la paroi postérieure et sur la ligne médiane (la colonne postérieure du vagin).

Cette localisation spéciale a conduit M. Budin, à distinguer une variété spéciale de thrombus, à laquelle il ne donne pas de dénomination spéciale, mais que d'autres après lui, *Fleischmann* entre autres, appellent le *thrombus pédiculé du vagin*.

Pour M. Budin, cette variété se formerait dans les vestiges de la cloison de séparation des deux canaux de Muller.

Si cette hypothèse n'est pas applicable à tous les hématomas vaginaux de la grossesse, il est certain que le plus grand nombre présente la localisation précitée.

De plus, dans l'observation de *Johannovsky* cette origine de la tumeur est nettement établie, non seulement par le siège, mais surtout par le pédicule de la tumeur, qui persiste après la guérison et forme une crête saillante sur la colonne postérieure du vagin. Quant à l'époque de leur apparition Leneux dit :

« On les rencontre assez souvent pendant la grossesse, presque toujours pendant les derniers mois, plus souvent pendant le travail de l'enfantement, mais c'est surtout après la délivrance qu'on les a observées le plus fréquemment. »

Toutefois la fréquence pendant la grossesse ne nous paraît pas aussi grande qu'à Deneux, étant donné que dans toute la littérature, nous n'avons pu trouver, notre cas inclus, que quinze observations.

Mais à ce point de vue il y a à remarquer que les observations sont toutes de date assez récente ; il n'est pas impossible que, quand l'attention des praticiens sera attirée sur cette affection, les exemples ne s'en multiplient.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Il n'existe qu'une seule relation d'autopsie d'une tumeur sanguine pelvienne. Elle est due à Chaussier et encore ne s'agit-il pas précisément de l'affection qui nous occupe, mais d'un vaste épanchement périvaginal remontant sous le péritoine en arrière jusqu'au-dessous des reins, en avant jusqu'à l'ombilic.

La tumeur même dans les cas d'ablation, sans incision préalable, n'a été examinée qu'une seule fois par *Grosser*, de sorte que les données anatomo-pathologiques sont minimes. Tout ce qu'on peut en dire c'est que l'épanchement se fait le plus souvent dans l'épaisseur de la paroi vaginale même, et forme quand il ne diffuse pas, une tumeur bien limitée, recouverte par la muqueuse vaginale, qui forme un sac au contenu sanguin. Ce sac peut garder la structure normale, ou bien, à la suite de la tension qu'il subit, se déchirer au moment de sa formation donnant issue au liquide amassé à son intérieur ; ou bien cette tension continuant à s'exercer et le sac ne cédant pas, sa paroi peut se nécroser,

le plus souvent dans un point limité, quelquefois dans la plus grande partie de sa surface et se détacher par lambeaux, ce qui met en liberté le sang amassé.

Le contenu du sac est toujours du sang qui se prend rapidement en caillots noirâtres, lesquels petit à petit cèdent leur sérum, ce qui rend la poche mollassse et un peu fluctuante au bout de quelques jours.

On a beaucoup discuté sur l'origine du sang épanché. Est-il toujours veineux ou bien y a-t-il quelquefois une artériole qui donne du sang.

Parmi les auteurs anciens, Boër est hésitant sur l'origine du sang : « *Interrea utrum ex venis cruor, aut ex arteriis fluat, difficile definitu.* »

Laborie admet l'origine mixte. Girard rejette l'origine artérielle. Pour Perret, le sang ne provient, dans la plupart des cas, que des vaisseaux capillaires. Winckel prétend que la rupture d'une artériole peut donner lieu au thrombus. Breysky, au contraire, dit et je crois avec raison, que les veines sont plus exposées à la rupture et à l'attrition que les artères, sans compter que dans une artère déchirée, l'hémostase se fait surtout pour les petits vaisseaux par recroquevillement de la tunique moyenne.

Comme nous l'avons déjà dit, Grosser est le seul qui ait fait l'examen anatomo-pathologique microscopique d'une tumeur sanguine. Il s'agit d'un thrombus pédiculé développé sur la colonne postérieure du vagin.

Voici le résultat de son examen :

« La coupe transversale présente l'aspect d'une noix mus-

cade. De la surface d'ablation de la tumeur partait une travée fibreuse, jaune rougeâtre, dure, qui se dirigeait vers le centre de la tumeur. Cette travée principale donnait naissance à d'autres travées secondaires qui allaient vers la périphérie de la tumeur.

Ces trabécules limitaient des lacunes remplies de caillots. Au microscope, ces travées et trabécules se présentent comme étant formées de tissu conjonctif normal, partiellement nécrosé.

La surface de la tumeur était formée par la muqueuse nécrosée.

En examinant cette coupe, on est forcé d'admettre qu'il y avait non un hématome, c'est-à-dire une collection de sang, mais bien une hémorragie dans un tissu, son siège, ses rapports avec la colonne postérieure du vagin indiquent que ce ne peut être autre chose que les restes embryonnaires de la cloison séparant les deux canaux de Muller, idée qu'avait déjà émise antérieurement M. Budin, appuyé sur une observation personnelle et une autre de Johannovski, et que ultérieurement, la plupart des observations nouvelles sont venues confirmer.

A la rigueur, pour le cas cité, on aurait peut-être pensé à un épanchement sanguin dans un kyste préformé, mais le manque complet d'un épithélium intérieur de revêtement, élimine cette supposition.

SYMPTOMES

La première manifestation de la production d'un thrombus est généralement la douleur.

Celle-ci, quand elle existe, est ordinairement vive, aiguë dès le début ; parfois elle est tellement intense qu'elle a pu provoquer plusieurs fois la syncope, comme dans un cas de Reeve cité par Blot. Cette douleur peut aller en augmentant ou en diminuant, selon que la poche reste peu volumineuse ou est de plus en plus distendue par le sang, dont l'écoulement ne s'arrête pas.

Cette douleur immédiate a probablement pour cause la compression des terminaisons nerveuses voisines et la distension du tégument. La douleur primitive peut manquer et le début de l'affection peut passer inaperçu ; ceci surtout pour la variété spéciale qui nous occupe, étant donné que les thrombus du vagin pendant la grossesse n'atteignent pas, le plus souvent, un volume excessif.

D'autres fois, une simple sensation de gêne, de pesanteur, de tension peut exister comme dans le cas de Swiecicki ;

dans d'autres cas, aucune sensation désagréable n'annonce la formation de la tumeur (cas de Fleischmann).

Secondairement, il y a très souvent des douleurs analogues aux douleurs expultrices.

Elles sont le plus souvent accompagnées d'une douleur gravative au périnée et à l'anus, avec tiraillement dans les aines, d'envies fréquentes d'aller à la selle, d'uriner comme dans notre observation personnelle.

Peu de temps après la première douleur, ou bien en même temps qu'elle, la malade sent quelque chose qui distend son vagin et le plus souvent en sort.

En portant la main à la vulve, elle s'aperçoit qu'une grosseur de dimensions variables, généralement entre celle d'une noix et celle du poing, fait hernie entre les grandes lèvres.

Si on regarde cette tumeur tout de suite après sa formation, elle présente une coloration normale; mais bientôt cette teinte fonce beaucoup, devient livide, violacée, noirâtre, lie de vin.

Par la palpation, on reconnaît dans la tumeur des caractères variables suivant les cas.

Plus ou moins dure, quand le sang est infiltré dans le tissu cellulaire, elle présente une certaine mollesse quand le sang est épanché en plus grande quantité et a déchiré le tissu cellulaire pour se former en collection.

Elle est lisse au début, quand elle est encore très tendue, mais peu à peu les téguments se vident, se ratatinent, deviennent chagrinés, et la tumeur devient flasque par résorption de son contenu.

On n'y perçoit aucune pulsation, aucun frémissement; la sensation de caillots écrasés manque également. La douleur à la pression est variable, généralement peu développée, elle devient quelquefois tellement intolérable, que l'examen de la malade présente de grandes difficultés.

La tumeur est généralement rattachée par un pédicule à la paroi vaginale, comme on peut le voir dans la plupart des observations que nous avons pu recueillir.

Effectivement, des tumeurs vaginales il n'y en a qu'une seule, celle de Loviot qui fait exception.

Ce pédicule est en général inséré sur la colonne postérieure du vagin, immédiatement en arrière de l'hymen, mais son étendue est variable. Dans certains cas, comme dans ceux de Fehling et de Reich, il n'atteint que la grosseur du petit doigt; dans certaines autres, qui du reste sont en plus grand nombre, le pédicule s'étend sur une grande partie de la longueur de la colonne postérieure du vagin.

La coloration et la consistance de ce pédicule sont toujours normales; la longueur en est variable, le plus souvent peu développée, n'atteignant qu'un centimètre et demi à trois centimètres de hauteur, il s'allonge quelquefois tellement que toute la tumeur sort du vagin et pend entre les cuisses, comme dans l'observation de Reich, où le pédicule avait une longueur de quinze centimètres.

Au toucher rectal, on ne trouve parfois rien.

Mais le plus souvent, surtout quand la tumeur sort du vagin, elle exerce des tractions par son pédicule sur la paroi vaginale postérieure, et, par son intermédiaire, sur

la paroi antérieure du rectum, et alors on trouve à la hauteur de ce pédicule une petite fossette sur la paroi antérieure du rectum. Généralement cet enfoncement est de peu d'importance et disparaît si on réduit la tumeur herniée.

A ces symptômes presque constants s'en ajoutent d'autres qui sont moins fréquents.

a) *L'hémorragie extérieure.* — Assez souvent, la muqueuse vaginale graduellement distendue et amincie, finit par se rompre; alors, aux symptômes fournis par la tumeur elle-même, s'ajoute un écoulement de sang à l'extérieur. Cette hémorragie peut être quelquefois assez abondante pour donner la mort, comme dans les cas de Causabon; mais ces hémorragies profuses sont plutôt l'apanage des thrombus de l'accouchement que de celui de la grossesse, dans lequel l'épanchement étant médiocre, la poche ne se rompt généralement pas.

Mais même en dehors de la rupture du sac, il y a des hémorragies qui, le plus souvent précèdent la formation du thrombus. Nous en trouvons des exemples dans les cas de Reich, Grosser, Loviot.

L'interprétation de ces hémorragies prémonitoires me paraît assez difficile; s'agirait-il d'éraillures de la muqueuse vaginale par où le sang, qui subit déjà une forte tension, se fait jour?

L'hémophilie est-elle en jeu?

Quand la tumeur est constituée, le sang n'en sort pas toujours par une large ouverture, mais quelquefois par des pertuis peu visibles, des éraillures dans la paroi, et alors on

trouve la tumeur recouverte d'une couche mince de caillots (Observation de Fehling), sous laquelle, si on l'enlève, il s'écoule du sang frais

La tumeur sanguine contenue dans le vagin, n'est pas sans provoquer des troubles dans les fonctions d'excrétion, dont les organes sont contenus dans le petit bassin.

Il est tout naturel de penser que la tumeur peut exercer des compressions sur l'urètre et sur le rectum empêchant le cours de l'urine et des matières fécales.

Effectivement, la rétention d'urine existe d'après Lwoff.

Si elle n'est notée qu'une fois (observation personnelle) dans les cas que j'ai recueillis, elle l'est très souvent dans le thrombus de l'accouchement, et il est à supposer qu'elle le serait plus fréquemment avec des tumeurs plus volumineuses.

En dehors de la rétention d'urine même, il y a un fait assez important à noter !

C'est la déviation de l'urètre et du méat avec difficulté pour le cathétérisme surtout prononcé dans les thrombus, qui siègent dans la paroi antérieure.

Nous n'en possédons aucun exemple pendant la grossesse, mais les cas en sont nombreux pour les tumeurs apparues pendant et après l'accouchement.

La rétention des matières fécales avec ténésme est également notée dans notre observation ; il est probable que si elle n'a pas été notée plus souvent, c'est qu'elle attire moins l'attention de l'observateur, provoquant moins de douleur, moins de gêne et pouvant être supportée plus longtemps.

Les symptômes généraux sont rares et de peu d'importance. Il n'y a pas de température anormale, à moins d'une infection antérieure ou secondaire; l'anémie atteint très rarement un degré inquiétant; les syncopes sont très rares aussi. Il y a naturellement un certain degré d'angoisse. La courbature est assez prononcée; pourtant dans l'observation de Reich et dans la nôtre, la femme a continué son travail pendant un temps assez prolongé.

Les membres inférieurs sont assez souvent le siège de douleurs névralgiques, qu'on ne peut attribuer qu'à la compression du nerf sciatique, ou de ses racines, par un gros épanchement.

Dans un cas de Coutouly, la femme accusait une sensation analogue à celle de piqûres d'épingles.

Martin cite une observation avec crampes dans les mollets. Mais, comme nous l'avons déjà dit, les thrombus de la grossesse n'ayant généralement pas de trop fortes dimensions, ces cas doivent être assez rares; aussi n'en avons-nous trouvé aucun exemple dans nos observations.

MARCHE, DURÉE, TERMINAISONS

Comme nous l'avons déjà vu, le début de l'affection peut être brusque, mais peut aussi quelquefois passer inaperçu. Après, la tumeur augmente par de nouveaux apports de sang, soit continus, soit intermittents, à cause de la formation de caillots obturateurs. La poche se dilate de plus en plus dans la direction de la moindre résistance. Voilà pourquoi, probablement, on ne trouve presque pas d'exemple de thrombus de la grossesse développé vers la cavité pelvienne et abdominale, tandis que dans le thrombus des accouchées, le fait est assez fréquent.

Le thrombus de la grossesse est donc forcé de prendre sa direction vers la vulve. C'est même l'explication que nous donne Anderson de la pédiculisation de la tumeur observée par lui. Voici le raisonnement qu'il fait :

« Il y avait sur un point circonscrit une proéminence de
« veines variqueuses. Il se peut qu'à la suite d'un effort la
« pression subitement augmentée ait déchiré le vaisseau et
« qu'alors la muqueuse, déjà proéminente, ait été poussée
« de plus en plus ; à cause de la localisation immédiatement
« derrière l'entrée du vagin, la muqueuse est poussée en

« avant vers la pression moindre, le pédicule s'allonge par
« la traction de la tumeur qui augmente de plus en plus
« par de nouveaux apports de sang »

Au bout d'un certain temps, variant entre quelques minutes et quelques heures, la coagulation du contenu du sac produit l'hémostase et alors la tumeur cesse de croître.

Il n'en est pas de même lorsque sous la brusque poussée la poche a cédé et s'est déchirée. Alors le sang ayant une issue ne se coagule pas facilement et l'hémorragie continue. Ceci peut arriver aussi dans les cas de rupture secondaire de la poche.

Effectivement, la paroi distendue, amincie, comprimée, mal irriguée, peut se sphacéler en totalité ou en partie, et en se détachant en certains endroits, donner issue aux caillots et alors le sang peut repartir. Cette hémorragie secondaire a été mortelle dans un cas de thrombus post-partum.

Si la poche n'est pas pansée antiseptiquement, les microbes pyogènes peuvent pénétrer par ses éraillures, faire suppurer le contenu et causer la mort. La nécrose de la paroi peut aussi s'accompagner de phénomènes sceptiques, tels que : température élevée, frissons, fétidité, comme dans l'observation de Fehling.

Mais la terminaison, heureusement la plus fréquente, est la résolution. Si celle-ci est rare dans les tumeurs de l'accouchement, il n'en est pas de même pour celles de la grossesse, à cause de leur volume généralement beaucoup plus réduit.

Cette résolution se fait généralement d'une façon assez rapide. Dans notre observation, au bout de huit jours il n'y avait presque plus rien de la tumeur. Dans le cas de Loviot, la tumeur a mis un peu plus longtemps à disparaître, mais au bout de deux mois il n'en restait plus rien.

Une terminaison assez rare de l'hématome vulvo-vaginal est sa transformation fibreuse. Velpeau a trouvé dans la région vulvaire des noyaux stratifiés qui, pour lui, paraissent avoir succédé à des dépôts sanguins.

Scanzoni cite un cas plus probant :

Il s'agit d'un hématome traumatique de la grossesse développée dans la grande lèvre gauche. Il diminua jusqu'à la grosseur d'une noix.

Pendant une grossesse ultérieure, il réaugmente et présente le volume du poing. Extirpée après l'accouchement et examinée au microscope, la tumeur fut reconnue pour un fibrome.

Perret cite un cas de fistule recto-vaginale, consécutive à un thrombus pendant l'accouchement; mais est-ce bien au thrombus ou bien à la difficulté et à la longueur de l'accouchement qu'il faut attribuer cette complication ?

DIAGNOSTIC

On pourrait croire que des symptômes si nettement caractérisés par leur début brusque, douloureux, par la formation très rapide d'une tumeur dure, rénitente, irréductible, le plus souvent pédiculée, dans le vagin d'une femme enceinte, feraient aisément reconnaître la nature de l'affection dont il s'agit.

Ceci est vrai pour les thrombus chez les femmes en couche, car si les cas en sont assez rares, cette affection a depuis longtemps attiré l'attention des cliniciens. Mais chez les femmes enceintes, elle est très peu connue, et tout naturellement le médecin appelé auprès d'une malade atteinte d'un thrombus du vagin, pensera beaucoup plus facilement à bien d'autres maladies qui sont bien plus fréquentes et bien mieux connues.

Les tumeurs variqueuses étant très fréquentes, on pourra souvent être tenté de faire ce diagnostic, lorsqu'il s'agit d'un hématome.

Ces tumeurs existent le plus souvent sur le tubercule

antérieur du vagin, tandis que la localisation la plus fréquente du thrombus est sur la colonne postérieure. De plus le paquet variqueux est molasse, réductible ; la tumeur se reproduit aussitôt qu'on cesse de comprimer la partie qui en est le siège. La station verticale fait augmenter le gonflement qui diminue beaucoup par la station couchée. Les tumeurs variqueuses présentent une teinte bleuâtre caractéristique ; l'évolution et l'accroissement de la tumeur ont été très lents, tandis que le thrombus a atteint en quelques minutes un volume considérable. Sa coloration est rouge noirâtre ; il n'est pas réductible par la pression, et la position de la malade ne lui fait pas changer de volume. Le plus souvent encore, on retrouve sur les tumeurs variqueuses des sinuosités décrites par les veines dilatées ; dans le thrombus les téguments sont généralement lisses et uniformément tendus.

Le diagnostic devient encore plus difficile lorsqu'il s'agit de varices enflammées, car ici comme là, il y a de la douleur ; la tumeur est dure, irréductible. On pourra cependant se guider sur les caractères de la douleur, qui est plus sourde, gravative dans la phlébite variqueuse, subite et poignante dans le thrombus ; sur le développement qui a été lent et sur la préexistence de varices à cet endroit. Il est vrai que cette préexistence de veines ectasiées n'exclut pas complètement la possibilité du développement d'un thrombus après leur déchirure traumatique ou spontanée.

Au palper on trouvera dans la phlébite variqueuse des petits noyaux durs, très douloureux à la pression, plus ou

moins isolés les uns des autres ; tandis que dans l'hématome la tumeur, si elle n'est pas de consistance complètement uniforme, et si elle présente des endroits où elle est plus molle. la plus grande partie de la surface est rénitente, mais non dure.

De plus, la phlébite ne va pas sans certains accidents généraux d'infection, qui n'existent pas dans l'hématome, excepté quand il a été secondairement infecté.

Les kystes du vagin, surtout les gros kystes uniques, peuvent faire croire à l'existence d'un thrombus, d'autant plus que ces kystes peu développés pendant l'état de vacuité de l'utérus n'atteignent une dimension considérable que pendant la grossesse à cause de l'activité nutritive que celle-ci imprime à tout l'appareil génital.

Ces kystes se pédiculisent par leur poids et viennent faire saillie à la vulve comme le thrombus ; mais ils sont indolores, fluctuants, quelquefois translucides. La fluctuation qui est assez facile à trouver dans un kyste pédiculé ne peut généralement être perçue dans le kyste sessile que par le toucher vaginal et rectal combinés, si cette tumeur siège dans la paroi postérieure. Quand les kystes sont multiples le diagnostic est plus facile.

La coloration de la muqueuse ne change pas sur les kystes, tandis qu'elle fonce beaucoup dans le thrombus. Si le kyste suppure, il y a naturellement de la rougeur intense, de la chaleur locale, qui feront aisément distinguer cette poche purulente d'un hématome vaginal.

L'hématocolpos latéral c'est-à-dire la collection de sang

menstruel dans un second vagin rudimentaire, terminé en bas en cloaque, est peu commun pendant la grossesse ; si le cas arrivait, il ne laisserait pas d'être d'un diagnostic embarrassant. Les éléments sur lesquels on pourrait le baser sont :

La latéralité de la tumeur, excessivement rare dans le thrombus ; son extension en haut jusqu'au niveau de l'utérus, tandis que les hématomes s'arrêtent généralement à l'union du tiers supérieur avec le tiers moyen du vagin.

Les corps fibreux et les polypes du vagin surtout quand ils sont oedématiés ou ramollis peuvent faire croire à l'existence d'un thrombus ; les hémorragies qu'ils occasionnent quelquefois peuvent être un élément d'erreur. Mais un interrogatoire détaillé, montrant que la tumeur est apparue après des tiraillements prolongés dans la région, sans douleur subite ; l'examen de cette tumeur, de son aspect, de sa consistance, nous mettront sur la voie du diagnostic.

La cystocèle sera difficilement confondue, ainsi que la *rectocèle*, avec un hématome du vagin. La réductibilité complète de la tumeur, son apparition lente, l'aspect normal ou cutifié de la muqueuse, l'indolence presque complète en dehors des troubles de la miction ou de la défécation qu'elle provoque feront faire le diagnostic. De plus, le cathétérisme ou le toucher rectal nous éclaireront complètement. Il est vrai que dans l'hématome il y a un léger degré de procidence de la paroi rectale antérieure, mais il est impossible de confondre ce petit enfoncement avec la rectocèle vraie.

Un diagnostic plus difficile à faire est celui avec un diverticule rectal kystique, comme Heydreich, de Breslau, en cite un exemple. Il s'agissait d'un diverticule rectal situé entre le vagin et le rectum. Un peu flasque habituellement, il durcissait par l'effort, surtout par la défécation et était poussé vers le vagin.

A l'opération on trouva un sac à paroi lisse, diminuant de calibre à la partie supérieure, où à la hauteur du promontoire, il se continue avec le rectum, qui présente un rétrécissement annulaire assez serré immédiatement au-dessous. Le kyste était rempli de mucus.

Le prolapsus et le renversement du vagin peuvent prêter à l'erreur. Deneux rapporte un cas d'hématome de la vulve qui fut pris pour un renversement du vagin ; des tentatives répétées de réduction occasionnèrent la rupture de la poche et une hémorragie mortelle s'en suivit.

Une *hernie vaginale* se reconnaîtra à la facilité de la réduction, au gargouillement, à la mollesse de la tumeur. Le diagnostic avec l'inversion utérine, s'il est à faire après l'accouchement, n'entre pas en ligne de compte pendant la grossesse.

Le diagnostic avec les tumeurs du bassin n'est pas difficile.

Les tumeurs solides de la paroi, *l'ostéosarcome*, se reconnaîtront d'après leur immobilité, leur implantation, leur consistance, leur développement lent et insidieux, la mobilité de la paroi vaginale sur elles.

L'anévrisme de l'artère vaginale ou d'une autre branche

de l'hypogastrique ne présente pas le développement rapide. la douleur aigue au début d'un thrombus. Si la consistance de la tumeur est pareille dans les deux cas, le sac anevrysmal est animé de battements isochrones au pouls, que ne présente pas le thrombus.

L'*hématocèle péritérine*, par l'extension de son épanchement derrière la paroi postérieure du vagin, pourra faire penser à un vaste hématome vaginal. Mais ici l'extravasation sanguine se fait dans le péritoine. les différentes couches de la paroi vaginale glissent sur la tumeur ; la réaction générale est beaucoup plus intense dans le cas d'hématocèle que dans l'hématome. De plus, on ne sent la tumeur qu'à la partie supérieure du vagin, tandis que dans le thrombus, c'est généralement la partie moyenne et inférieure qui est prise.

Quant aux kystes de l'ovaire, au pyosalpinx, au phlegmon du ligament large, leur diagnostic d'avec le thrombus du vagin ne présente aucune difficulté.

L'hémorragie qui existe presque toujours pendant la formation du thrombus, plus ou moins forte, selon que la poche a été déchirée, ou simplement éraillée, peut faire penser d'abord à deux affections : l'avortement et le placenta praevia.

L'*avortement* s'impose surtout à l'esprit, quand l'écoulement est peu abondant et quand les douleurs ne sont pas fortes et qu'elles ne sont représentées que par une sensation de pesanteur dans le bas-ventre avec poussées vers le bas, envies fréquentes d'uriner et d'aller à la selle. Cette erreur

de diagnostic a été commise dans notre observation personnelle par la sage-femme consultée en ville et qui n'avait pas touché la malade.

Mais même le toucher, s'il n'est pas pratiqué avec attention, peut être une cause d'erreur. Dans notre observation, au toucher après la réduction de la tumeur, herniée entre les grandes lèvres, on butait d'abord contre une grosseur ovoïde, tendue, rénitente et dont on ne trouvait le pédicule qu'en en faisant le tour complet avec le doigt. Or, cette grosseur aurait très bien pu être prise pour un œuf complet déjà expulsé de l'utérus.

Il est évident que l'examen attentif ne pouvait pas laisser subsister cette erreur, étant donné qu'en cherchant l'orifice utérin, on trouvait un col long, à peine ramolli avec orifice fermé, donc sans aucune trace de travail.

Le placenta prævia a été diagnostiqué dans le cas de thrombus rélaté par Loviot. L'hémorragie était assez abondante, répétée et cessait sans intervention; la femme n'accusait pas de douleurs. Un examen même superficiel aurait certainement suffi pour éclairer le diagnostic; mais les deux médecins appelés avant Loviot avaient négligé de toucher la malade.

PRONOSTIC

D'après les observations que nous avons pu réunir, nous croyons pouvoir conclure que le pronostic de l'hématome vaginal pendant la grossesse est bénin. En effet, il n'y a qu'un seul cas mortel, c'est celui de Causabon, et encore l'issue fatale paraît plutôt due à l'intervention intempestive de la sage-femme, qu'à l'épanchement primitif du sang.

Je crois qu'il faut encore accorder une bénignité spéciale à la variété que M. Budin a le premier décrite en France : au thrombus pédiculé qui se forme dans les restes de la cloison séparant les canaux de Muller. En effet, ceux-ci n'atteignent jamais un très gros volume, probablement à cause du tissu fibreux assez serré dans lequel l'épanchement se fait, comme le démontre l'examen microscopique, déjà cité, de Grosser. Comme la cause de la mort est presque toujours l'hémorragie, naturellement il n'y a que les gros épanchements qui peuvent donner de l'inquiétude. Le pronostic doit être plus réservé pour un thrombus, dont le sac est déchiré, car alors rien ne s'oppose plus à l'écoulement de sang si on n'y porte pas remède.

Cette déchirure du sac est surtout dangereuse si elle est primitive, car alors le sang de la poche n'a pas encore eu le temps de se coaguler pour former tampon sur le ou les vaisseaux ouverts ; mais même quand l'ouverture du sac est secondaire au détachement d'une escharre, l'hémorragie peut avoir lieu.

Un autre danger est l'infection de la poche et de son contenu. La mortification de la paroi est déjà un élément prédisposant, et il suffit que le vagin ne soit pas complètement aseptique ou que le doigt de l'accoucheur y apporte quelques germes pour faire suppurer le thrombus, ce qui, comme toute autre affection génitale, surtout pendant l'état puerpéral, a une gravité exceptionnelle.

Il y a lieu aussi de s'occuper du pronostic de l'accouchement.

Quand la tumeur se développe pendant le septième ou au commencement du huitième mois de la grossesse, il y a toutes les probabilités qu'elle soit guérie avant l'accouchement. Quand elle n'apparaît qu'à la fin du huitième ou bien pendant le neuvième mois, il faut se rendre compte si, par son volume, sa situation, elle peut être un obstacle à l'accouchement. Le pronostic de l'accouchement ne paraît nullement assombri ; chaque fois que la grossesse est arrivée à terme, l'accouchement s'est fait normalement et facilement.

Dans l'observation de Loviot, le thrombus, qui n'était pas encore complètement résorbé, n'a nullement gêné un accouchement gémellaire. Mais il y a une réserve à faire au point de vue de la continuation de la grossesse.

En effet, la femme dont l'observation est citée par Grosser, avorte dans le cinquième mois de sa grossesse. Etant donné que c'est le seul cas sur nos 14 observations, cette complication de l'affection qui nous occupe, paraît peu à redouter.

TRAITEMENT

Ce que nous venons de dire à propos du pronostic indique la direction de notre traitement. La première indication à remplir et qui, celle-là, est indiscutable, c'est une minutieuse antiseptie du vagin avec aseptie consécutive.

Donc, si une femme atteinte de thrombus venait nous consulter, nous n'épargnerons pas les antiseptiques. Le savonnage du vagin à la brosse serait excellent, mais c'est un traumatisme assez violent et qui peut déchirer la paroi du thrombus, ou tout au moins agrandir les éraillures existantes. Je crois donc plus utile de s'en abstenir. Les lavages antiseptiques répétés au sublimé, au biiodure de mercure, à l'eau iodée, doivent nous suffire.

Saupoudrer la tumeur, comme le recommande Fehling, avec une substance inerte ou peu antiseptique, comme l'amidon salicylé, le sous-nitrate de bismuth, l'alun, nous paraît inutile.

Doit-on ouvrir la tumeur, l'enlever ou la laisser en place ?

Ces trois procédés répondent à des indications différentes. Si la tumeur n'est pas d'un volume excessif, pouvant gêner par trop la défécation ou la miction, si elle est fermée ou à peine éraillée, si la femme peut se permettre un séjour prolongé au lit, si le terme de la grossesse est encore assez éloigné, pour qu'on puisse espérer la résolution de l'épanchement avant l'accouchement, le meilleur traitement est l'expectation avec repos au lit et antiseptie vaginale et vulvaire. Si la tumeur est déchirée, si le sang continue à couler abondamment, si la poche est infectée, le mieux est de l'ouvrir en se servant pour l'incision de la solution de continuité spontanée, de la laver, d'enlever les caillots, d'aller à la recherche du point qui saigne et de faire l'hémostase directe par la ligature, le pincement ou la compression, selon que l'un ou l'autre de ces procédés présentera plus de facilité dans l'exécution.

Si la tumeur est grosse, gênante; si la femme ne veut ou ne peut pas garder le repos prolongé au lit, si le terme de l'accouchement est proche, l'excision avec suture de la plaie est indiquée.

En résumé, le traitement de choix est l'expectation; l'incision et l'excision correspondent à des indications spéciales.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (CAUSABON).

Une femme, au septième mois de la grossesse, reçoit un coup de pied sur les fesses, qui la renversa. Immédiatement après, il se forme un thrombus du vagin. La sage-femme appelée veut réduire la tumeur. Plusieurs tentatives faites dans ce but, arrivent à rompre la poche de laquelle s'écoulent des caillots et du sang liquide en si grande abondance que la femme mourut rapidement. On fit l'opération césarienne qui donna le jour à un enfant vivant.

OBSERVATION II (FEHLING.)

Primipare, 23 ans, bien portante habituellement. Jusqu'à il y a un mois, la grossesse a eu une évolution normale. A cette époque, la malade eut une hémorragie de courte durée.

Un mois après, le 15 décembre 1875, sans cause appréciable nouvelle hémorragie augmentant le lendemain,

A l'examen, on trouve la fente vulvaire distendue par une tumeur dure, bosselée, de la grosseur d'une petite pomme. La surface en est couverte de caillots, sous lesquels il sourd encore du sang frais si on les enlève.

Au toucher, en glissant sur la tumeur, on arrive, à la partie postérieure sur un pédicule de la grosseur du petit doigt, s'implantant dans la paroi vaginale postérieure, près de la fourchette.

La muqueuse du vagin passe sur ce pédicule, normalement colorée à sa base, plus loin ecchymosée, déjà gangrénée à la partie supérieure de la tumeur.

Le toucher rectal montre que la muqueuse de la portion terminale de l'intestin ainsi que le tissu cellulaire de la cloison recto-vaginale sont libres.

L'examen obstétrical donne : grossesse vers la fin du 9^e mois ; tête en bas, au détroit supérieur. — La colonne vaginale antérieure est recouverte de veines variqueuses saillantes.

La réduction de la tumeur, douloureuse, n'est que temporaire.

J'entourai la tumeur avec de l'ouate au perchlorure de fer. Ceci arrêta l'hémorragie. Les jours suivants, je soupoudrai avec de l'amidon salycilé ; deux injections par jour.

L'odeur et l'excrétion fétide diminuent rapidement. La tumeur diminue par élimination de débris ; au bout de cinq jours, elle se retire dans la vagin ; à la suite, il y eut un léger œdème de la petite lèvre gauche. Pas de fièvre.

Le onzième jour, la tumeur était disparue, sauf une surélévation et un épaissement de la paroi vaginale postérieure à 5 centimètres de la fourchette.

Le 22 janvier, accouchement rapide d'un enfant à terme.

À la sortie de l'accouchée, au commencement de février, on sentait encore une légère induration à l'endroit indiqué.

OBSERVATION III (H. REICH.)

A l'examen de la malade, on trouve entre ses cuisses une tumeur arrondie de 10 centimètres de diamètre environ, qui s'implantait dans la paroi vaginale postérieure par un pédicule long de quinze et épais de deux centimètres.

La tumeur consistait en un sac dont la paroi se continuait directement avec le pédicule et la muqueuse du vagin. La poche était remplie de caillots. Ceux-ci sont enlevés après ouverture du sac.

Un mois après, à la naissance de jumeaux, on ne sent qu'une petite cicatrice sur la paroi vaginale postérieure.

OBSERVATION IV (JOHANNOVSKI.)

Josepha N..., domestique, célibataire, 23 ans, de Bohnovic, depuis l'âge de 17 ans règles abondantes, douloureuses, durant trois jours, revenant toutes les quatre semaines.

Primipare, arrivée au cinquième mois de sa grossesse, d'après les renseignements qu'elle fournit, confirmés par l'examen.

Il y a trois jours, elle monta, jusqu'au troisième étage, un panier très lourd, rempli de charbon. Elle éprouva une sensation douloureuse, comme si quelque chose avait été poussé hors de ses organes génitaux, et elle commença à perdre beaucoup de sang.

Une sage-femme consultée, constata qu'une tumeur arrondie, noirâtre, sortait du vagin. Par le repos au lit, cette tumeur rentra. L'écoulement sanguin persistant, la malade craignit un avortement et se présenta à la Maternité, où le professeur Weber von Ebenhof l'adressa à la clinique de gynécologie.

Examen local : les organes génitaux externes sont normaux. L'hymen forme un cercle qui est déchiré en bas et à droite. En écartant les grandes lèvres, on aperçoit à l'entrée du vagin, une partie d'une tumeur livide et brillante à la surface. On peut, avec le doigt, constater qu'elle distend nettement les parois du vagin, qu'elle est du volume d'un œuf de poule et qu'elle repose sur le sommet d'un septum charnu rudimentaire. Ce septum qui sert de pédicule étroit et allongé à la tumeur, occupe les deux tiers inférieurs de la paroi postérieure du vagin ; en avant, sur une hauteur qui égale environ la largeur du doigt, il fait une saillie en forme de crampon ; il s'aplanit peu à peu en se dirigeant en arrière.

La tumeur paraît très friable au niveau de sa convexité et ses parois minces laissent voir, par transparence, le sang noir qui est coagulé dans sa cavité ; il y a une masse sanguine, de consistance élastique.

On fit le diagnostic d'hématome dans ce cas en se fondant sur ce qu'avait rapporté la malade, sur l'examen local et sur ce qui survint ultérieurement.

Le lieu où se produisit l'hématome est remarquable ; c'était le bord supérieur mousse d'un septum rudimentaire du vagin.

Le jour de l'entrée de la malade, la tumeur se rompit spontanément, des caillots sortirent, puis le reste de la tumeur se résorba.

En dehors du septum du vagin, il n'existait aucune autre ano-

malie des organes génitaux. Cet hématome n'a apporté aucun trouble dans le cours normal de la grossesse.

OBSERVATION V (ANDERSON).

Femme âgée de 22 ans, enceinte de sept mois.

Les organes génitaux externes et les membres inférieurs couverts de varices.

Il existe une tumeur de la grosseur d'un œuf de poule, suspendue par un pédicule de cinq centimètres de long à la paroi vaginale postérieure sur la ligne médiane, immédiatement derrière l'entrée du vagin.

Sur la paroi rectale antérieure, à un point correspondant, on sent une petite dépression.

La cause occasionnelle est une fatigue.

OBSERVATION VI (FLEISCHMANN).

Le 28 décembre 1885, on reçoit à la clinique obstétricale du professeur Breisky, la primipare Marie L..., âgée de 20 ans.

Elle prétend que, depuis environ trois semaines, une tumeur sortait de ses organes génitaux et qu'à ces moments elle perdait du sang. Elle ne peut indiquer de cause à cette affection.

A l'examen de la malade on trouve :

Femme robuste, bien constituée. Les dimensions de l'utérus indiquent une grossesse au début du neuvième mois. Le fœtus vivant se présente par son sommet qui est engagé.

Les grandes lèvres sont volumineuses, couvertes de veines variqueuses. Le rebord de l'hymen présente des encoches peu profondes. Il est large et charnu du côté gauche et en arrière.

De la vulve bâillante sort une tumeur de la grosseur d'un œuf de poule, arrondie, de couleur bleu-noirâtre.

Cette tumeur s'implante par un large pédicule sur les deux quarts moyens de la colonne postérieure du vagin, qui est très proéminente dans toute sa longueur.

La muqueuse vaginale passe sur le pédicule et sur la tumeur, présentant à la base du premier sa coloration normale pendant la grossesse.

Sur quelques points de la tumeur, bien limités, la muqueuse fait défaut ; sur d'autres, elle est de coloration gris-blanchâtre.

Si on touche la tumeur, il sourd au niveau des parties dénudées quelques gouttes de sang très foncé. La consistance de la tumeur est élastique, assez dure. Sa pression ne provoque aucune sensation douloureuse.

Rien d'anormal sur la paroi antérieure du vagin et dans la cloison recto-vaginale.

Il s'agissait évidemment d'un hématome du vagin, dont l'enveloppe muqueuse était partiellement nécrosée.

Traitement : Repos au lit, pansement iodoformé.

La tumeur diminue et se retire assez rapidement dans le vagin, tandis que la muqueuse, qui la recouvrait, s'élimine pour la plus grande partie.

Le 8 janvier, la tumeur avait disparu. Il ne persistait plus que la surélévation due à la colonne postérieure du vagin, sur laquelle on voyait une perte de substance bien limitée, linéaire. Pendant tout le temps de son séjour à l'hôpital, la malade n'a pas eu d'ascension thermique.

Le 20 février, la cicatrisation était complète.

Le même jour, la mère accouche d'un enfant pesant 2,720 gr. L'accouchement a été facile. Il n'y a que quelques éraillures de la fourchette.

Le 1^{er} mars, à la sortie de l'accouchée, il ne persiste qu'une cicatrice longue de cinq centimètres, un peu irrégulière.

OBSERVATION VII (GROSSER).

Primipare de 20 ans. Dernières règles vers mi-juin 1889. Réglée à 14 ans, régulièrement pendant huit jours sans douleur. La quantité de sang perdue chaque fois est moyenne.

Pas de maladie antérieure; pas de troubles gravidiques. Depuis le mois de juillet, quelques varices sur le membre inférieur gauche.

Le 6 novembre, la malade éprouva une frayeur intense avec perte de connaissance consécutive. Au réveil, elle sent s'écouler par le vagin, du sang en abondance (un quart de litre environ).

En même temps elle prétend avoir éprouvé des douleurs analogues à celles de l'expulsion, pendant quelques heures.

Le jour suivant, elle eut du tenesme vésical et rectal.

A l'examen on trouve :

Les organes génitaux externes et le vagin ne présentent pas de varices; il y en a, mais elles sont peu prononcées, au membre inférieur gauche.

De la vulve il sort une tumeur rouge sombre, de la grosseur d'un testicule, de la forme d'un rein, dont le hile est représenté par le pédicule vaginal. Celui-ci peut être poursuivi à partir du

bord gauche de l'hymen, qui contribue à sa formation, suivant la ligne médiane de la paroi vaginale postérieure, sur une longueur de 5 centimètres. Il est étroit et extensible.

La surface de la tumeur était un peu chagrinée et visiblement nécrosée; de sorte que, microscopiquement, on ne pouvait affirmer que c'était la muqueuse vaginale.

La muqueuse saine entourait, à la façon d'un col, le pédicule et arrivait jusqu'à la limite de la tumeur. La consistance de cette dernière était très dure, fibreuse.

Le 8 novembre, on pratiqua l'ablation par excision dans le tissu sain, et suture à la soie.

A la suite il n'y eut pas de fièvre. Mais le traumatisme opératoire provoqua des contractions utérines et la femme avorta (1).

OBSERVATION VIII (BUDIN)

Le 24 mai 1886, se présenta à la Charité, Marie B..., âgée de 24 ans, domestique, se plaignant de perdre, par les organes génitaux, une certaine quantité de liquide sanguinolent.

Primipare, habituellement bien réglée, elle avait eu ses dernières règles le 24 septembre 1885.

Sauf quelques vomissements au début, sa grossesse n'avait présenté rien de particulier.

Comme antécédents on ne relève qu'une attaque de rhumatisme articulaire aigu durant six semaines; depuis il y a de

1. Pour l'examen microscopique de la tumeur, voir le chapitre : Anatomie pathologique.

l'essoufflement et des palpitations quand la malade se fatigue ou fait des efforts, mais à l'auscultation on n'entend aucun souffle ; toutefois le premier bruit du cœur semble moins net qu'à l'état normal.

Le 23 mai, dans la matinée, la malade éprouve quelques douleurs dans les reins et dans l'abdomen ; ces douleurs sont intermittentes et assez peu marquées pour qu'elle continue à faire son ménage et à vaquer à ses occupations.

A deux heures de l'après-midi, elle se sent toute mouillée ; elle rentre chez elle et constate qu'elle perd de l'eau roussâtre assez abondamment pour imprégner sa chemise et mouiller ses bas.

Elle s'aperçoit en même temps qu'il existe une petite tumeur au niveau des organes génitaux externes, tumeur qui est d'apparition toute récente.

Craignant d'accoucher prématurément, elle se met au lit ; l'écoulement diminue d'une façon assez notable mais il devient plus rouge. Bientôt il n'y a plus qu'un simple suintement qui persiste pendant toute la soirée et toute la nuit : il est à peine apparent quand la malade se présente à l'hôpital.

A l'examen on trouve une grossesse de sept mois et demi environ ; l'enfant se présente par le sommet en occipito-iliaque droite ; la tête n'est pas engagée.

Il n'y a ni œdème, ni varices des membres inférieurs ; au niveau des organes génitaux on trouve seulement deux veines plus dilatées que normalement, dans le sillon qui sépare la petite de la grande lèvre droite.

A travers la vulve, fait saillie une tumeur arrondie, noirâtre, qui vient de la cavité vaginale ; sa consistance un peu pâteuse est assez résistante ; à sa surface elle a des plis et des rides. On

peut repousser dans la cavité du vagin cette tumeur qui a le volume d'un petit œuf de poule. On constate alors qu'elle va s'insérer sur la paroi postérieure du canal. L'insertion commence en bas à deux centimètres de l'orifice vaginal et se continue suivant une ligne occupant le milieu de la paroi postérieure du vagin; elle s'étend de bas en haut jusqu'à trois centimètres environ du col de l'utérus.

La tumeur présente donc une extrémité arrondie, hémisphérique en bas, puis elle devient presque cylindrique. Elle est rattachée à la paroi vaginale postérieure par un véritable pédicule longitudinal, qui existe sur toute la hauteur. Dans sa portion la plus large, la tumeur paraît avoir de deux centimètres à deux centimètres et demi environ; au niveau de son insertion, le pédicule n'a guère plus de cinq millimètres de largeur, aussi peut-on imprimer à la tumeur de légers mouvements de latéralité.

Par le toucher rectal, on ne constate rien d'anormal; la paroi antérieure de l'intestin est lisse et régulière; elle n'est ni refoulée, ni soulevée par la tumeur; il faut appuyer fortement avec le doigt pour sentir la tumeur vaginale, celle-ci ne faisant saillie dans le rectum que si deux doigts introduits dans le vagin la refoulent d'avant en arrière. En un mot, la tumeur ne siège pas dans l'épaisseur de la cloison recto-vaginale, mais en avant de cette cloison.

Les quelques douleurs sourdes qui existaient sont à peine augmentées par la pression.

Le 25 et le 26 mai, on constate que la tumeur diminue peu à peu de volume; l'écoulement séro-sanguin persiste, mais il est moins rouge.

Le 27 mai, il sort une substance noirâtre, demi-solide, gru-

meleuse, semblable à celle qui viendrait d'une collection sanguine, dont une partie du sérum aurait été résorbée. La tumeur diminue progressivement; de plus, son extrémité antérieure qui depuis le premier jour n'a plus de tendance à faire saillie au dehors, devient irrégulière, anfractueuse; la surface semble s'être ulcérée.

Le 30 mai, il ne reste plus que le pédicule qu'on prend au toucher pour une colonne postérieure hypertrophiée.

L'écoulement sanguinolent a disparu et la grossesse suit son cours sans présenter d'autres particularités.

Le 10 juillet, accouchement spontané d'une fille pesant 3,320 grammes.

Suites des couches absolument normales.

OBSERVATION IX (LOVIOT).

Primipare, 21 ans, vernisseuse sur métaux.

Réglée à 15 ans, d'abord deux fois par mois, puis une fois. Elle saigne très facilement et abondamment au moindre traumatisme. De ses deux sœurs, l'une saigne comme elle, l'autre n'est pas hémophile.

Dernières règles à sept mois en arrière. La grossesse a été bonne, pas d'albumine dans l'urine.

L'avant-veille du jour de la consultation, elle eut avec son mari un rapport qui ne parut donner lieu à aucun phénomène anormal, et ne détermina aucune douleur.

Le lendemain, à huit heures du matin, légère hémorragie

génitale pendant la toilette à l'éponge. A midi, pendant une défécation, hémorragie plus forte.

A dix heures du soir, à la fin d'une miction, renouvellement de l'hémorragie, très abondante cette fois.

A l'examen, l'écoulement est arrêté.

Au toucher : tuméfaction demi-circulaire à la partie supérieure de l'orifice. Le toucher de l'utérus ne donne rien d'anormal.

A l'inspection : pas de varices, ni aux membres inférieurs, ni à la vulve, ni à l'anus.

Deux petites tumeurs violacées constituant, par leur juxtaposition, un demi-cercle embrasant le pourtour supérieur de l'orifice vaginal ; l'hymen déchiré, mais encore reconnaissable, était contigu à gauche, en arrière, à droite, en avant, avec ces petites tumeurs, du volume du petit doigt chacune, de 4 à 4 centimètres $1/2$ de long et s'effilant inférieurement.

Les tumeurs étaient irréductibles, ne représentaient aucun battement et offraient la consistance d'un kyste incomplètement rempli.

On ne trouve aucun orifice. Le tissu est un peu aminci sur un point de la tumeur gauche. Il n'y a pas le moindre suintement.

Le toucher rectal ne donne rien. Il n'y a pas d'hémorrhoïdes.

Deux mois après, les thrombus existaient encore, moins volumineux et plus affaissés. Ils n'ont pas produit le moindre empêchement à l'accouchement de deux jumeaux.

OBSERVATION X (BASTAKY).

Femme de 28 ans, entre le 26 novembre 1886 à la Maternité de Bucharest.

Cinq grossesses antérieures : la première gémellaire, donne des enfants vivants, qui meurent quelques heures après l'accouchement.

Les trois suivantes, simples, normales, enfants vivants et bien portants.

La cinquième gémellaire ; accouchement au septième mois. Mort des enfants quelques heures après.

Actuellement, les dernières règles remontent au 10-15 juin.

Dans la soirée du 2 novembre, à la suite d'un faux pas, tombe sur un seau en bois. Aussitôt douleur aiguë du côté de la face interne de la cuisse droite. Au moment de se relever, elle se sent inondée de sang.

Elle continue à perdre pendant toute la nuit en petite quantité. Le lendemain, la malade s'aperçoit que la grande lèvre droite se développe d'une façon exagérée.

Le 4 novembre la tumeur augmente encore et la malade se décide à se présenter à l'hôpital.

A son entrée, on trouve une femme fortement affaiblie, marchant les jambes écartées.

A l'examen des organes génitaux : énorme tumeur du volume d'une tête fœtale qui masque totalement l'entrée du vagin. Elle est sphéroïdale, lisse, de coloration lie de vin, marbrée par endroits de taches plus foncées. On n'aperçoit aucune solution de

continuité, et malgré cela, le sang suinte toujours, du côté du pli inguinal gauche. La tumeur est irréductible, de consistance inégale, assez élastique ; par places on percevait facilement la fluctuation.

Son diamètre vertical est de 20 centimètres, le transversal de 17 et la circonférence de 31 centimètres.

En repoussant la tumeur de gauche à droite, on distingue une plaque noire de la grandeur d'une pièce d'un franc. Au centre de cette plaque se trouve un orifice permettant le passage du petit doigt.

Ce n'est qu'en maintenant la tumeur écartée, qu'on arrive à voir la grande lèvre gauche saine.

Le toucher indique que l'épanchement ne se continue pas dans le vagin.

A travers l'orifice de la tumeur on distingue des caillots qui remplissent la poche.

Sur les membres inférieurs, phlebectasie superficielle, partielle, se montant jusqu'à la racine de la cuisse.

Sur la face interne de la cuisse droite, à 8 centimètres de la grande lèvre ecchymose large comme une pièce de cinq francs ; une autre plus petite vers le périnée.

Traitement. Extraction de quelques caillots, lavages antiseptiques.

Les tissus sphacelés s'éliminent. Il reste une cavité remplie de caillots qu'un lavage prolongé entraîne. La poche bourgeoine et se remplit petit à petit.

Le 27 novembre, la guérison est complète.

OBSERVATION XI (SWIECICKI).

Une femme arrivée au huitième mois de sa grossesse, tombe d'un chariot sur un bord mousse, de telle façon que le périnée et la vulve subissent un choc violent. Aussitôt elle ressent une vive douleur dans l'abdomen, suivie d'une sensation de pesanteur; peu après elle observe le développement d'une tumeur vulvaire.

La grande lèvre gauche était le siège d'une tumeur de la grosseur du poing, de coloration rouge foncée. La tumeur était très tendue, chaude au toucher, et la peau fendue sur une longueur de deux centimètres environ, dans le tiers supérieur de la face antérieure.

Une hémorragie légère avait eu lieu après la chute. Elle cessa spontanément, et un caillot rouge foncé faisait saillie dans la plaie.

La malade, une multipare, ne présentait de varices ni à la région vulvaire ni aux membres inférieurs.

La tumeur était douloureuse et la malade ressentait une sensation de pesanteur et de pression particulières dans les jambes.

Après désinfection, incision de haut en bas, en partant de la plaie cutanée. Enlèvement des caillots, désinfection de la cavité, tamponnement à la gaze iodoformée. Le pansement était imbibé de sang le lendemain. Il fut impossible de trouver le point qui saignait. Ligature en masse du point saignant. — Guérison.

OBSERVATION XII (EHRENDORFER).

Le 10 juillet 1888, la femme J. W. âgée de 32 ans, entre à la clinique gynécologique de Insbruck.

Elle est réglée depuis l'âge de 20 ans d'une façon régulière. Quatre grossesses antérieures, terminées normalement. Dernières règles il y a cinq mois.

Il y a dix jours, coït brutal, occasionnant une douleur tellement vive, que la femme a dû l'interrompre immédiatement.

En peu de temps et sous des douleurs continues, se développe une tumeur de la grosseur d'un œuf de poule dans la grande lèvre droite. Cette tumeur augmente progressivement jusqu'aux dimensions du poing.

Un médecin ordonne le repos au lit avec application de compresses imbibées d'eau blanche. La tumeur aurait légèrement diminué depuis et les douleurs sont devenues plus supportables.

Femme enceinte de cinq mois environ, utérus remontant à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic, fœtus vivant. — Il existe une hernie inguinale droite.

La grande lèvre gauche est un peu injectée; la grande lèvre droite est distendue par une tumeur partant du bord supérieur de la symphyse jusqu'à l'anus.

Sa longueur est de 13, sa largeur de 10 centimètres. Elle est de coloration bleu très foncé, de consistance rénitente. On perçoit la fluctuation en deux endroits. La température de la tumeur n'est pas augmentée, il n'y a pas d'inflammation autour;

la sensibilité à la pression est exquise. La petite lèvre droite s'insère sur le côté interne de la tumeur, mais n'est que légèrement œdématiée. La tumeur franchit l'entrée du vagin et se prolonge à une certaine distance dans sa paroi.

Incision, curage des caillots, tamponnement. Guérison.

OBSERVATION XIII (QUEIREL).

Femme de 19 ans, primipare, arrive dans le service avec une tumeur à la vulve.

Au commencement du huitième mois de sa grossesse, après un coït brutal, douleur violente au niveau du bas-ventre ; puis la femme sentit quelque chose qui la gênait et qui sortait de la vulve. Elle y porta sa main et voyant qu'elle saignait, elle crut à un avortement et se fit transporter à l'hôpital.

Le lendemain, le 4 octobre 1894, on l'examina : figure rouge, vultueuse, pouls fréquent, température 38°, la vulve endolorie et suintant un peu de sang.

A l'examen des parties génitales, on voit sortir de l'orifice vaginal une tumeur pyriforme, du volume d'un œuf de poule, violacée, noire par places et écartant les grandes et les petites lèvres qui sont sillonnées de varices. Prise entre les doigts, cette tumeur est tendue, résistante, mobile et on trouve qu'elle est rattachée à la paroi postérieure du vagin sur la ligne médiane. Au lieu d'implantation de cette tumeur, il existe un pédicule, long de 5 à 6 centimètres, commençant en avant, à un centimètre derrière la fourchette. Les dimensions de la tumeur sont de 10 cen-

timètres dans son diamètre longitudinal et cinq dans le transversal.

Elle présente une surface muqueuse dépolie, semblant prête à se sphacéler, laissant voir par transparence du sang qui vient sourdre à travers les éraillures de cette muqueuse.

Le toucher rectal démontre que la tumeur siège en avant de la cloison recto-vaginale qui est complètement libre.

Ablation par excision de la tumeur. Suture à la soie.

OBSERVATION XIV (AUVARD ET COUDER).

Annette C..., 28-ans, domestique, est fille d'un père atteint de varices et d'hernies, et d'une mère qui souffre d'hémorroïdes et d'un prolapsus utérin.

Réglée à 14 ans, sans aucun trouble de la santé, elle voit régulièrement tous les vingt-sept et vingt-huit jours.

En 1889, elle eut une première grossesse avec varices très abondantes à la vulve et aux membres inférieurs, elle fut même obligée de consulter un médecin pour des hémorroïdes. L'accouchement eut lieu à terme et produisit une déchirure périnéale médiane, dont il resta une cicatrice de 1 centimètre de long. Les suites de couches furent normales et la malade se leva le sixième jour. Elle eut son retour de couches, le 15 janvier 1890.

Les dernières règles datent du 14 février suivant. Cette seconde grossesse a fait réapparaître les varices et les hémorroïdes, qui s'étaient affaïssées à la suite de l'accouchement. En outre, la malade sentait à la vulve des bourrelets muqueux qui,

parfois, devenaient douloureux et finissaient par un suintement jaunâtre, abondant. Pas de constipation.

Le 22 octobre, à neuf heures du matin, étant debout, elle se sentit mouillée tout à coup ; en même temps une grosseur sortait par la vulve. Elle crut que c'était l'enfant et une sage-femme qui partageait son opinion l'envoya immédiatement à l'hôpital.

A son arrivée, dans le service de M. Budin, à la Maternité, on constate ce qui suit :

Une tumeur rouge foncé, grosse comme une noix fait saillie hors de la vulve ; elle est recouverte d'une muqueuse exulcérée et naissant au moindre frottement ; sa consistance à ce moment est molle, fluctuante, nullement tendue.

Par le toucher vaginal, on reconnaît qu'elle est rattachée à la paroi vaginale postérieure, par un pédicule allongé verticalement qui commence à 1 centimètre au-dessus de l'orifice vaginal et remonte à 3 ou 4 centimètres du col.

Le toucher rectal permet de s'assurer que la paroi du rectum ne permet aucune part à la constitution de la tumeur ; elle n'est ni refoulée, ni entraînée par celle-ci ; elle en reste entièrement indépendante.

D'autre part, la vulve présente un grand nombre de varices sous-cutanées et sous-muqueuses. Le tubercule antérieur du vagin est très lumineux. Enfin, l'examen de l'utérus montre qu'il est développé comme au huitième mois de la grossesse, et que l'enfant se présente par le sommet en position gauche antérieure.

L'apparition brusque de la tumeur et ses caractères objectifs permettent de porter le diagnostic de thrombus du vagin, dû probablement à la rupture d'une tumeur variqueuse.

On fait des injections de sublimé et la malade garde le lit. Il ne se produit aucun suintement.

Le 23, l'aspect de la tumeur a bien changé ; elle est maintenant noirâtre, dure comme un caillot, aplatie transversalement par la pression des cuisses ; elle mesure 5 centimètres et demi de hauteur et 3 centimètres et demi de largeur. Il est certain que le sang qu'elle contient s'est coagulé ; cependant, la pression ne produit pas de crépitation.

Le 24, la tumeur est encore plus dure que la veille ; elle diminue de volume à mesure que le caillot se rétracte ; une partie de la muqueuse qui la recouvre s'est mortifiée, détachée et flotte comme un lambeau à la surface.

Le 22, la muqueuse est complètement tombée et a laissé à découvert un caillot noir, ferme, adhérent solidement à la paroi vaginale postérieure. Aucune fétidité, pas de fièvre.

Le 29, le caillot est en partie désagrégé ; tout autour de sa base d'implantation, on voit un liséré de bourgeons charnus, indiquant que le travail de réparation s'effectue.

Le 31, le caillot tout entier est éliminé ; il reste au niveau de son pédicule une cicatrice allongée de haut en bas, sur la paroi postérieure du vagin.

Le 1^{er} novembre, la malade sort complètement guérie.

OBSERVATION XV (Personnelle.)

Marie A..., âgée de 21 ans, domestique, entre à la Maternité de Lariboisière, service de M. Maygrier le 8 novembre 1897.

Antécédents héréditaires ;

Père vivant et bien portant. Mère morte de variole hémorragique en 1876 à Rouen. La malade a deux frères bien portants; deux sœurs dont une a des varices très développées, (après sept accouchements), l'autre a des hémorroïdes.

Antécédents personnels :

La malade a été élevée au biberon et n'a marché qu'à deux ans. Pas de maladies d'enfance.

Primipare, réglée à 23 ans, sans douleur, pendant 3 ou 4 jours; le sang coule toujours abondamment. Elle a des hémorroïdes, peu fluentes depuis deux ans.

Les dernières règles datent du 25 avril.

La malade n'a pas eu de malaises ni de vomissements. Les mouvements actifs du fœtus ont été perçus à la fin du mois d'août.

A la suite d'un voyage de Trouville à Paris, répété deux fois en huit jours, elle a eu une forte hémorragie génitale, le 3 octobre, avec expulsion de caillots, douleurs dans les lombes, le bas-ventre et à la vulve.

La sage-femme, consultée, dit qu'il s'agit d'un commencement de travail prématuré.

La malade reste couchée pendant trois jours, et prend des injections très chaudes. Les pertes sanguines n'ont duré que 10 ou 12 heures environ.

Au bout de trois jours, la malade se lève.

Le 8 novembre, autre hémorragie, un peu moins abondante, spontanée, avec douleurs vulvaires. En même temps, envies fréquentes d'uriner et d'aller à la selle.

En se garnissant, la malade s'aperçoit qu'une tumeur sort par la vulve. A ce moment, les douleurs ont présenté un caractère expulsif; mais elles ont cessé presque complètement, et

tout de suite, de sorte que la malade continue son ouvrage depuis onze heures du matin, jusqu'à 5 heures du soir, quand elle se présente à l'hôpital.

L'examen, à son arrivée, donne les résultats suivants :

Femme d'un excellent état général; pas de fièvre; douleurs peu intenses.

Dans la vulve entrebaillée, on voit une tumeur de la grosseur d'un œuf de poule. La couleur en est rouge très foncé, lie de vin, avec des veinosités à la surface, qui, en outre, est recouverte d'une mince couche de caillots. Elle est lisse, dure, tendue, rénitente, douloureuse au palper.

Par le toucher, on constate que cette tumeur ovoïde s'implante par un pédicule large et mince sur la colonne postérieure du vagin. Le pédicule commence à un centimètre en arrière de la fourchette et remonte le long de la paroi vaginale postérieure jusqu'à environ trois à quatre centimètres du col de l'utérus. Le pédicule, étendu en longueur, n'a qu'une hauteur de un centimètre et demi environ.

La tumeur déborde le pédicule en avant et en arrière par un bec mousse.

En faisant pousser la femme, la tumeur sort presque entièrement hors des organes génitaux et on peut voir que la coloration de la muqueuse du pédicule est absolument normale, et que cette muqueuse se continue sans démarcation aucune avec celle de la paroi vaginale postérieure. Du reste, la coloration de la muqueuse vaginale est normale.

Il y a très peu de varices à la vulve et aux membres inférieurs.

Par le toucher rectal, on sent sur la paroi extérieure du rectum, au niveau du pédicule de la tumeur, un petit enfon-

cement, dû probablement à la traction exercée par la tumeur.

La malade se plaint de tenesme vésical et rectal.

La première impression que produit la tumeur est celle d'une rectocèle enflammée ; ce n'est qu'après le toucher vaginal minutieux et le toucher rectal, qu'on arrive à faire le diagnostic de thrombus du vagin.

La tumeur est réduite après antisepsie préalable, et maintenue dans le vagin par un petit tampon de gaze iodoformée et un bandage en T.

Le lendemain, la tumeur a un peu diminué de volume ; la muqueuse qui la recouvre est moins lisse ; elle présente des bosselures, la rénitence est moindre. On continue le même mode de traitement, et injection de sublimé deux fois par jour.

Graduellement la tumeur diminue sans qu'il y ait écoulement de sang ni élimination de caillots.

Au bout de huit jours, la tumeur a presque entièrement disparu. Il n'en existe qu'un petit bourrelet le long de la colonne postérieure du vagin.

La malade sort sur sa demande ; elle n'est plus revenue dans le service, de sorte qu'on ne peut savoir si le pédicule est resté ou s'est effacé.

CONCLUSIONS

I. Le thrombus du vagin existe chez la femme enceinte, en dehors de tout travail.

Cette affection est assez rare, puisque nous n'avons pu en réunir que quinze observations, dont trois s'étendaient à la vulve et au vagin.

II. Il est très fréquemment spontané ou consécutif à un traumatisme minime.

III. Son siège de prédilection est la paroi vaginale postérieure.

IV. A ce niveau, il paraît être dû à l'extravasation du sang dans les débris de la cloison qui sépare primitivement les deux canaux de Muller.

V. Le pronostic de l'affection est généralement bénin.

VI. Le traitement de choix en est l'expectation avec repos au lit.

VI. L'incision et l'ablation correspondent à des indications spéciales.

Vu par le Doyen :

BROUARDEL.

Vu par le Président de la thèse :

PAUL BERGER.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- FEHLING. — Arch. fr. Gynaekologie. Berlin, 1876.
REICH. — Centralblatt. f. Gynaek, 1881.
JOHANNOWSKY. — Arch. f. Gynaek. 1877. Traduit in-Budin : Femmes en couches et nouveaux-nés.
GROSSER. — Ueber Vaginalhaematom. Thèse de Halle à S., 1892.
WARSZAWSKY. — Centralblatt f. Gynaek., 1893.
GEORGH. — Ueber das Haematom der Vulva und der Vagina. Thèse de Tübingen, 1891.
LOVIOT. — Bull. de la Soc. obstétr. et gynécol. Paris, 1890.
BASTAKY, — Archives roumaines de médecine et de chirurgie. Paris, 1887.
SWIECICKI. — Gazette hebdomadaire de médecine. Paris, 1888.
EHRENDORFER. — Arch. fur Gynaek., 1889.
LWOFF. — Zeitschrift, f. Geburtshülfe und Gynaekologie. Stuttgart, 1886.
BUDIN. — Femmes en couches et nouveaux-nés.
BUDIN. — Thèse d'agrégation. Paris, 1880.
FLEISCHMANN. — Prager med. Wochenschrift, 1886.
ANDERSON. — Hygiea. Stockholm, 1884.
QUEIREL. — Ann. de gynéc. et d'obstétr., 1895.
BREISKY. — Deutsche Chirurgie, fascie. 60.
PERRET. — Thèse de Paris, 1864.
GIRARD. — Thèse de Paris, 1874.
BLOT. — Thèse d'agrégation. Paris, 1857.
AUVARD et COUDER. — Arch. de tocologie. Paris, 1890.
HEYDREICH. — Centralbl. f. Gynaek., 1891.

